



**KENSINGTON – GAITHERSBURG**  
**Formulario De Registracion**

Nombre de la persona llenando el formulario: \_\_\_\_\_

Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

(Si usted no es el padre o tutor legal, por favor informele a los padres que deben estar presentes para firmar documentos legales)

**A. INFORMACION DEL PACIENTE** (Use el nombre escrito en el seguro o certificado de nacimiento)

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Segundo nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_

Etnicidad: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

No. de Telefono: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

No. de farmacia preferida: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE MADRE/GUARDIAN #1**  Madrastra  Other \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

No. de Telefono: \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_

No. de Celular: \_\_\_\_\_

Dirección (Si es diferente al paciente) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Empleado por: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

No. de Trabajo: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE PADRE/GUARDIAN #2**  Padrastra  Other \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

No. de Telefono: \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_

No. de Celular: \_\_\_\_\_

Dirección (Si es diferente al paciente) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Empleado por: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

No. de Trabajo: \_\_\_\_\_

**B. CONTACTO DE EMERGENCIA** (Persona que no esta escrita en seccion A)

Apellido: \_\_\_\_\_

Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_

No. de Telefono: \_\_\_\_\_

Dirección (Si es diferente al paciente): \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**HERMANOS**

Hermano/a #1: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hermano/a #2: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hermano/a #3: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Personas autorizada aparte de los padres en traer al paciente para discutir y tomar decisiones medica:**

Persona #1: \_\_\_\_\_

Persona #2: \_\_\_\_\_

Persona #3: \_\_\_\_\_

### C. SEGURO DEL ESTADO

Numero de Medicaid (la tarjeta blanca y roja) \_\_\_\_\_

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ Numero de seguro: \_\_\_\_\_

Solo participamos con: Amerigroup, Priority Partners, Aetna y CareFirst Community Health Plan MCOs.

*Esta su hijo cubierto por otro seguro privado (a través de su trabajo, esposa/esposo, etc.)? SI/NO*

**Por favor tome en cuenta que: De acuerdo con Maryland Medicaid, si usted o su niño esta cubierto por otro seguro medico, Medicaid siempre sera el de cobertura secundaria y su seguro privado recibira los primeros cobros de acuerdo a que los beneficios sean coordinados apropiadamente.** Usted es responsable de dejar saber a Medicaid si tiene otro seguro. Si usted no provee esta informacion y las visitas no son cubiertas por Medicaid, usted sera responsable de cualquier balance que la cuenta de su hijo/a tenga.

### D. SEGURO PRIVADO

**Nombre de seguro primario:** \_\_\_\_\_ Numero de seguro: \_\_\_\_\_  
Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Numero de grupo: \_\_\_\_\_  
(Persona que se inscribio en el plan de salud)  
Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Telefono de empleador: \_\_\_\_\_  
No. de seguro social: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

---

**Nombre de otro seguro:** \_\_\_\_\_ Numero de seguro: \_\_\_\_\_  
Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Numero de grupo: \_\_\_\_\_  
(Persona que se inscribio en el plan de salud)  
Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Telefono de empleador: \_\_\_\_\_  
No. de seguro social: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

---

### E. CONSENTIMIENTO Y ACUERDO

Yo autorizo el uso y/o revelacion de informacion médica de mi hijo/hija para tratamiento, pago y otras operaciones de atención médicas, de acuerdo con la ley de: Asegurancia, Salud, accountability y portabilidad efectiva a partir del 14 de Abril del 2003 (HIPPA) para sus siglas en ingles. Se me ha dado la oportunidad de revisar una copia del "Informe de privacidad". Se me ha dado la oportunidad de revisar el informe de "CIQN". Entiendo que informacion del paciente sera guardada electronicamente para los records de mi proveedor primario y que un resumen medico estara disponible para otros proveedores a travez de CIQN. Entiendo que tengo derecho de no aceptar que otros proveedores tengan acceso a los records de informacion medica a travez de CIQN. (Por favor dejenos saber en caso de que usted decida que la informacion medica no sea compartida)

Autorizo que el seguro tenga acceso de informacion medica y autorizo que los benefiios de la asegurancia sean pagados directamente a International Pediatrics, PA, y que yo podria ser responsable de pagar cualquier servicio que no este cubierto por el seguro. Los servicios medicos seran submitidos a la compania de seguro de acuerdo con la informacion que y usted nos haya proveido. Si los pagos no son recibidos despues de 60 dias del dia de servicio o debido algun error en la informacion del seguro que usted nos haya proveido el dia de su visita, la cuenta sera enviada a una agencia de coleccion y podran haber cargos extras.

Una vez firme esta forma esta autorizando que apliquemos ciertos tratamientos medicos, diagnosticos/ y/o tratamientos terapeuticos y/o cirugia que nuestros doctores requieran para proveerles el cuidado a usted y/o su hijo/hija(s).

Firma del padre ó madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del padre ó madre/tutor: \_\_\_\_\_